

Dates de séjour : .....

Nom / Prénom du client : .....

N° de téléphone portable : .....

Lieu de séjour sur la station : .....

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

I. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SEXE : Garçon  Fille  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

POIDS : \_\_\_\_\_

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.*

II. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Pneumocoque			
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche				Méningite C			
Haemophilus influenza b				Autres (préciser)			

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
_____	_____	_____

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

Allergies : Asthme oui  non  Médicamenteuses oui  non   
Alimentaires oui  non  Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indiquez ci-après : les difficultés de santé** (maladies, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

---

---

---

#### IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... Précisez.

---

---

---

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_  
(N'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.)

#### V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné..... père, mère, responsable légal de l'enfant, autorise M. ou Mme.....munie d'une pièce d'identité, à venir chercher l'enfant au Club des Enfants à ma place en cas d'impossibilité de ma part.

*Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Fait à :

Signature :

Date :

#### Conditions d'INTERRUPTION – NURSERIE/MINI-CLUB

Le Club des Piou/Piou des Menuires et/ou St Martin de Belleville se réserve la possibilité de refuser la présence de l'enfant notamment en cas de maladie (cas de force majeure)

**Toute demande d'interruption en cas de force majeure doit nous parvenir au plus tard la veille de la prestation et sur présentation d'un justificatif. A défaut, la journée sera facturée selon les tarifs publics en vigueur.**

*Les journées consommées seront facturées selon les tarifs publics en vigueur :*

Tarifs 2018/2019 :

- ½ journée : 43 €
- 1 journée : 62 €
- 1 repas : 22 €